UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 82

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FAUSSES TUBERCULOSES PULMONAIRES

EN PARTICULIER

DE CERTAINES PLEURÉSIES INTERLOBAIRES OU ENKYSTÉES

VIDÉES DANS LES BRONCHES PAR VOMIQUES FRACTIONNÉES ET SIMULANT LA TUBERCULOSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 juillet 1914

PAR

Edmond CAYROL

Né à Mons (Hérault), le 3 juillet 1880

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse (*Assesseurs*)

FORGUE, Professeur, *Président.*
RAUZIER, Professeur.
ROGER, Agrégé.
ETIENNE, Agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1914

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FAUSSES TUBERCULOSES PULMONAIRES

en particulier de certaines pleurésies interlobaires ou enkystées vidées dans les bronches par vomiques fractionnées et simulant la tuberculose

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 82

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FAUSSES TUBERCULOSES PULMONAIRES

EN PARTICULIER

DE CERTAINES PLEURÉSIES INTERLOBAIRES OU ENKYSTÉES

VIDÉES DANS LES BRONCHES PAR VOMIQUES FRACTIONNÉES ET SIMULANT LA TUBERCULOSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 juillet 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Edmond CAYROL

Né à Mons (Hérault), le 3 juillet 1880

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : FORGUE, Professeur, *Président*. RAUZIER, Professeur. GAUSSEL, Agrégé. ROGER, Agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)	Doyen.
SARDA	Assesseur.
IZARD	Secrétaire

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✻).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER (✻).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N.....

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS (✻), HAMELIN (✻), GRASSET (O. ✻).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. lib. ch. d. c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, ag. lib. ch. d. c.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS (ch. d. t.)
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, Président.	MM. GAUSSEL, Agrégé.
RAUZIER, Professeur.	ROGER, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

À MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de mon affection.

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

E. CAYROL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAUSSEL

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROGER

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

E. CAYROL.

AVANT-PROPOS

Ces pages marquent la fin de nos études officielles et le début de notre carrière médicale.

Au moment de franchir pour toujours le seuil de la Faculté et de dire adieu aux quelques années de jeunesse que nous y laissons, notre première pensée de reconnaissance sera pour notre père et notre mère.

C'est à eux que nous devons une situation dont nous sommes fier ; nous la devons à l'exemple de leur travail, à leurs sacrifices, à l'amour qu'ils nous ont prodigué qui a été notre plus ferme soutien et que nous n'oublierons jamais.

Nous ne devons pas oublier en cette circonstance notre frère, le docteur Jean Cayrol, chirurgien adjoint des hôpitaux de Béziers. Nous reçûmes de lui nos premières notions littéraires et scientifiques et nous nous en voudrions de ne pas l'en remercier. Nous lui témoignons aujourd'hui toute notre reconnaissance.

Nous adressons nos hommages respectueux à tous les Maîtres dont nous avons suivi l'enseignement, à tous ceux qui ont contribué à notre instruction.

Notre maître M. le professeur Forgue nous a fait l'honneur de nous donner le sujet de notre travail et

d'accepter la présidence de notre thèse ; nous l'en remercions profondément. Il nous a été souvent donné d'apprécier en même temps que le charme de ses savantes causeries cliniques, son amabilité et sa bienveillance si connues de tous. Nous garderons de lui un précieux souvenir ; nous serons toujours fier d'avoir été l'élève d'un des maîtres les plus éminents de la chirurgie française.

Nous remercions tout particulièrement M. le professeur Rauzier, dont il nous fut donné d'admirer maintes fois les si brillantes leçons cliniques, d'avoir voulu accepter de faire partie du jury de notre thèse.

Pour les mêmes raisons nous adressons également ici l'assurance de notre reconnaissance à MM. les professeurs agrégés Gaussel et Roger. A tous encore une fois merci.

Nous n'aurons garde d'oublier ici MM. Chauvin, chef de clinique chirurgicale, et Roume, interne des hôpitaux de Montpellier, qui voulurent bien nous communiquer avec une amabilité vraiment parfaite la première observation de ce travail. Qu'ils soient assurés de toute notre gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FAUSSES TUBERCULOSES PULMONAIRES

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES FAUSSES TUBERCULOSES PULMONAIRES

Certaines affections du poumon et du médiastin simulent à s'y méprendre la tuberculose pulmonaire.

D'illustres maîtres firent cette erreur, et à plus forte raison des praticiens plus modestes et des internes des hôpitaux. Nous en avons pour preuve un travail de M. le professeur agrégé Gaussel, paru dans le journal « *Tuberculosa* », où il est relevé, sur une statistique de 464 malades sortis de l'hôpital sanatorium de « Bon Accueil », 27 sorties par erreur de diagnostic, ces 27 malades envoyés n'étant pas tuberculeux. Evidemment ces malades étaient atteints de *fausses tuberculoses pulmonaires*.

Or il est de toute nécessité, pour leur pronostic et leur traitement, que la confusion de ces affections avec les tuberculoses pulmonaires soit évitée, et ceci, non seulement dans l'intérêt du malade qui supporte les conséquences d'une erreur de diagnostic dans un traitement mal dirigé, mais aussi dans l'intérêt du médecin qui se voit taxé d'ignorance dans l'exercice de son art.

Est-ce à dire que ce diagnostic est toujours facile ? Non, car nous verrons, dans la deuxième partie de notre travail, combien il est ardu, pour un praticien, même exercé, de reconnaître ces pleurésies enkystées s'éliminant par vomiques fractionnées, qui vous donnent un tableau clinique en tout comparable à celui de la tuberculose pulmonaire : état général, fièvre, facies, percussion, auscultation, aspect macroscopique des crachats, hémoptysie même, tout concourt à jeter, en quelque sorte, notre esprit vers un diagnostic qui paraît évident de tuberculose pulmonaire, ma foi, inexistante.

Et c'est alors que les découvertes de la science contemporaine viendront nous tirer d'embarras. Le microscope nous montrera l'absence du bacille de Koch dans l'expectoration de ces pseudo-tuberculeux. L'écran radioscopique ne nous fera pas voir cette obscurité du sommet du poumon, grand symptôme de tuberculose chez un malade qui, en même temps que celui-là, présente les autres signes caractéristiques de la bacillose, mais bien une obscurité que nous localiserons au niveau des plèvres interlobaires, des plèvres médiastines, des plèvres diaphragmatiques ou d'ailleurs. Et dès lors, cette autopsie faite en quelque sorte sur le vivant, à la lumière des rayons de Rœntgen,

nous fera diagnostiquer une pleurésie interlobaire, une pleurésie médiastine, une tumeur du médiastin, etc. L'inoculation des crachats au cobaye ne produira pas la tuberculisation de cet animal.

La réaction à la tuberculine, la cuti-réaction, l'ophtalmo-réaction nous donneront des renseignements sur la nature tuberculeuse ou non de la maladie.

En définitive, il nous apparaît qu'il est de toute nécessité que, pour établir un diagnostic vraiment sûr de ces fausses tuberculoses, la clinique fasse appel à toutes les ressources du laboratoire.

Nos cinq sens sont des instruments qui manquent trop de précision, et qui, par suite, nous trompent le plus souvent : heureusement les ressources de la science contemporaine sont là qui viendront suppléer à nos à peu près. Ce sont elles en effet qui seront notre meilleur guide vers la vérité.

Mais quelles sont donc ces fausses tuberculoses pulmonaires ?

A ses trois périodes : période de germination, période de ramollissement, période des cavernes, la tuberculose peut être confondue avec un certain nombre de maladies qui présentent un tableau clinique sensiblement analogue au sien propre : ce sont ces maladies-là que nous qualifierons de fausses tuberculoses.

A son début, suivant les symptômes fonctionnels dominants (amaigrissement, facies, perte des forces, fièvre, toux, expectoration), la tuberculose pulmonaire peut en imposer pour une chlorose ou une anémie quelconque, pour une dyspepsie, une bronchite vulgaire. Lorsque le début est marqué par une hémoptysie, il faut aussi songer aux affections susceptibles de présen-

ter ces accidents, l'hystérie, le rétrécissement mitral, les infarctus pulmonaires, par exemple.

A la période de ramollissement, la confusion est possible avec une bronchopneumonie à résolution traînante, avec certaines pneumonies torpides localisées au sommet.

A la période des cavernes, il faut éliminer toutes les affections capables de produire des signes cavitaires : gangrène pulmonaire, kyste hydatique du poumon, dilatation des bronches, pneumothorax, pleurésie interlobaire qui va faire, tout à l'heure, le sujet de notre étude.

Enfin les signes pseudo-cavitaires peuvent faire croire à la présence d'une caverne alors qu'il n'en existe pas ; le souffle que l'on entend en pareil cas est dû à la condensation du tissu pulmonaire : les épanchements pleuraux, les cancers du hile du poumon, les tumeurs du médiastin sont susceptibles de produire ce phénomène qui s'accompagne alors d'une matité absolue.

Une énumération rapide des fausses tuberculoses pulmonaires, étant ainsi faite, nous allons nous proposer maintenant d'étudier en détail une variété fort intéressante de fausses tuberculoses, et ceci va constituer la deuxième partie de notre travail.

CHAPITRE II

DE CERTAINES PLEURÉSIES INTERLOBAIRES OU ENKYSTÉES, VIDÉES DANS LES BRONCHES PAR VOMIQUES FRACTIONNÉES ET SIMULANT LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Observation I

(Due à l'obligeance de MM. Chauvin, chef de clinique, et Roume, interne des Hôpitaux de Montpellier)

Le nommé A... L,.., âgé de 20 ans, célibataire, domicilié à Cette, venant de la salle de garde de l'hôpital Général, entre le 28 juin 1913 avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire à l'hôpital Sanatorium de Montpellier (Bon-Accueil) dans le service dirigé par M. le professeur agrégé Gaussel.

Antécédents héréditaires. — Ce malade a son père

âgé de 61 ans, bien portant ; sa mère, 48 ans, est également bien portante ; il a trois sœurs en bonne santé, une quatrième étant morte en bas âge de maladie indéterminée.

Antécédents personnels. — Il travaillait à l'atelier où il exerçait la profession de cordonnier avec une santé habituelle assez bonne. Comme influences prédisposantes nous ne relevons chez lui ni surmenage, ni excès, ni privations ; il ne fume pas, boit 1/3 de litre de vin par jour et de temps en temps quelques apéritifs.

En tant que maladies antérieures, il se plaint d'avoir eu la rougeole et une adénite cervicale dans sa deuxième enfance. D'autre, part avant le début de sa maladie actuelle il n'a jamais eu de bronchite, de pleurésie, de tuberculose chirurgicale.

Le début de sa maladie remonte à 1911, il y a à peu près deux ans. Il eut à cette époque-là, à la suite d'un refroidissement, une affection aiguë pulmonaire avec point de côté et fièvre ; la convalescence fut longue. Depuis il toussait, crachait un peu et maigrissait. Cependant il reprend son travail en août 1912, mais il est obligé de le quitter à nouveau en mars dernier par suite d'un autre refroidissement.

Actuellement, c'est-à-dire à la rentrée, il tousse par quintes, a de la dyspnée d'effort, quelques palpitations, quelques frissons ; son appétit est à peu près normal et il ne vomit pas.

D'une taille de 1 m. 60, pesant 48 k. 500, il présente un état général médiocre, avec facies pâle, musculature peu développée. De plus il a de la fièvre 37°5, et des sueurs fréquentes la nuit.

Rien du côté de son appareil digestif sinon que le foie est gros à moins qu'il ne soit abaissé, attendu qu'il

dépasse de trois travers de doigt le rebord inférieur des fausses côtes.

A l'examen de son appareil circulatoire, on trouve au cœur et à la pointe un souffle léger au premier bruit ; son pouls bat à 96 ; au sphygmomanomètre de Potain, sa tension est seulement de 12 à 13. Son sang présente une leucocytose marquée (18.600 par millimètre cube) et cette leucocytose porte avec prédilection sur les polynucléaires. Sa formule leucocytaire est en effet :

Polynucléaires, 77 p. 100 ;
Mononucléaires, 7 p. 100 ;
Lymphocytes, 16 p. 100.

Il a une grosse rate et quelques petits ganglions vers son aisselle droite.

Du côté de son système nerveux, il accuse de l'insomnie ; de plus, son interrogatoire décèle un état psychique assez médiocre.

L'urine est un peu augmentée, 1.500 grammes par 24 heures, à réaction acide, et ne renferme ni sucre, ni albumine.

La voix est normale, la peau blanche, de coloration pâle, les cheveux et la barbe sont bruns.

En passant enfin à l'examen de son appareil respiratoire, on trouve 18 à 20 mouvements respiratoires par minute, sans dyspnée aucune.

La toux se produit par quintes sans caractères particuliers. L'expectoration est abondante, muco-purulente, aérée et, d'autre part, on n'a jamais relevé d'hémoptysie.

Examinés directement au microscope, ses crachats ne présentent pas le bacille de Koch ; on ne le retrouve pas non plus après homogénéisation à la lessive de

soude, selon la méthode de Biedert, ni après d'autres méthodes.

Inoculés au cobaye, ils ne tuberculisent point l'animal : après quinze jours, il ne présente en effet aucun ganglion, ni rien par la suite. Chimiquement, cette expectoration nous donne d'une façon positive l'albumino-réaction de Roger.

A l'examen thoracique : l'*inspection* ne nous révèle rien de particulier ; la *percussion* nous donne à droite et en avant de la matité à partir du sein : on ne saisit pas la limite supérieure du foie ; à droite et en arrière nous trouvons de la matité à partir de l'angle inférieur de l'omoplate ; à gauche et en arrière nous relevons un peu de matité à la base ; les *vibrations* ne sont ni augmentées ni diminuées ; l'*auscultation* nous fait entendre à la base droite, en avant, avec de l'expiration soufflante, des frottements nombreux ; en arrière et à la base droite on trouve une respiration diminuée, quelques sous-crépitants, des frottements nombreux ; en arrière, à gauche et à la base la respiration est diminuée avec quelques sous-crépitants.

La radioscopie nous fait voir enfin dans la région de la partie inférieure du poumon droit une obscurité s'étendant sans limites précises ; le diaphragme n'est pas visible de ce côté.

Au bout d'un mois environ, à dater du jour de son entrée, du 29 juin 1913 au 25 juillet de la même année, le poids du malade baisse de 1.800 grammes. A cette dernière date il ne pèse plus en effet que 46 kil. 700.

Ce malade s'analyse mal ; ses réponses sont imprécises, par suite de son état psychique médiocre. Au Sanatorium, on constate des périodes d'expectoration abondante et des périodes de rémission, même de ces-

sation complète de cette expectoration sans que l'on constate jamais d'hémoptysie et sans rencontrer de bacilles de Koch dans les crachats.

A l'auscultation, les signes varient d'un jour à l'autre au niveau de la région axillaire droite ; tantôt souffle avec bruit de clapet, tantôt obscurité respiratoire. Tous les soirs fièvre de 39° à 40°, le maximum de température est de 40° pendant une période de rétention dans l'expectoration. C'est une courbe banale de fièvre hectique avec des rémissions de 1° et plus.

L'examen du sang, pratiqué à diverses reprises, a toujours donné la même formule leucocytaire.

Deux ponctions intrapleurales sont faites dans la région axillaire à la partie moyenne du poumon droit. A ce niveau, le malade éprouve de la douleur à une percussion forte, les 2 ponctions ne donnent aucun résultat. Une 3e ponction, un peu plus profonde, même intrapulmonaire, avec une aiguille de 6 centimètres, ramène un liquide puriforme, sanguinolent. On pense alors à une pleurésie enkystée. Le 20 juillet, cette expectoration s'est tarie complètement, mais la fièvre monte à 40°. Le malade est alors dirigé sur le service de M. le professeur Rauzier. Celui-ci conclut également à une pleurésie enkystée après ponction exploratrice. On le dirige alors sur le service de M. le professeur Forgue.

L'intervention sur rachianesthésie, avec 8 centis de novocaïne en solution à 4 p. 100, est faite par M. le professeur Forgue. L'incision, en fer à cheval sur la ligne axillaire droite, est conduite d'un coup jusqu'au plan costal ; la branche antérieure remonte jusqu'à la quatrième côte, la branche postérieure remonte jusqu'à la sixième côte, à 6 centimètres en dehors de la ligne épineuse ; un large lambeau musculo-cutané est décollé,

la face extérieure des côtes est incisée, le périoste décollé à la rugine, les 6e, 7e, 8e, 9e et 10e côtes réséquées largement au costotome de Farabeuf à leur portion moyenne.

La plèvre est ponctionnée à la pointe du bistouri. Il s'écoule une grande quantité de pus jaunâtre assez bien lié, très fétide. On élargit l'incision pleurale et on découvre largement une vaste cavité, qui correspond au sillon interlobaire. Cette cavité est limitée en haut par le lobe supérieur du poumon, peu rétracté, fixé par des adhérences pleurales, en bas par le lobe inférieur ; elle s'avance jusqu'au hile du poumon.

On enlève par un grattage très prudent à la rugine les dépôts fibrino-purulents qui tapissent la plèvre. On place deux gros drains que l'on fixe à la partie postérieure de l'incision cutanée. Après hémostase soigneuse, on suture le lambeau au crin de Florence. Les suites ont été bonnes. Le lendemain, le pansement très abondamment souillé est changé. Le pouls est rapide, à 124 ; on fait de l'huile camphrée et 500 gr. de sérum. Le surlendemain, on change encore le pansement ; le pouls est meilleur (106), huile camphrée encore. Un pansement ultérieur est fait tous les deux jours pendant trois semaines. La plaie est alors bien remise et d'aspect satisfaisant ; les fils ont été enlevés, les drains continuent à donner assez abondamment du pus séro-grumeleux.

A la suite : pansement 2 fois par semaine. Le suintement diminue lentement. Trois mois après il persiste une fistule qui donne un peu de liquide séreux louche.

On trouve alors à l'auscultation une respiration peu ample et rude du côté du lobe supérieur. Il y a du silence respiratoire et des bruits surajoutés dans toute la partie inférieure du poumon.

L'état général est favorable, le malade engraisse, la température est normale.

Observation II

(Docteur Defouloy)

Alm..., 26 ans, tailleur, est atteint d'ozène depuis son enfance. Vers la fin juin 1908, il se serait endormi le soir sur un banc dehors et aurait pris froid. Les jours suivants il aurait ressenti un léger point de côté sous le sein droit. Puis, vers le milieu de juillet, il fut pris d'hémoptysies légères qui se répétèrent à peu près tous les jours pendant un mois. Après quoi, sans toux appréciable, il se mit à rejeter quelques crachats muco-purulents isolés, crachats qui eurent, à un certain moment, une odeur assez forte.

Pas de dyspnée, pas de fièvre. A l'hôpital Lariboisière, on porta le diagnostic de tuberculose pulmonaire et on le soumit aux injections de cacodylate de soude et à la viande crue.

Vers le milieu de novembre, l'expectoration était à peu près insignifiante, le malade avait engraissé de 3 kilos 500 gr. et il reprit sa profession.

Quelques jours après, apparut un peu de toux qui devint quinteuse la nuit, en même temps que survinrent à nouveau de légères hémoptysies. De plus, Alm... recommença à cracher davantage, l'appétit disparut ; quelques vomissements survinrent, l'amaigrissement

se reproduisit avec un léger mouvement fébrile. Il entra de nouveau à l'hôpital ; on le considéra alors, dans un nouveau service, comme un tuberculeux pulmonaire avancé et on le mit dans une salle réservée aux tuberculeux. Après environ quinze jours de séjour dans cette salle, Alm... demanda à sortir, et au bout d'une semaine il était admis à l'hôpital Necker, salle Chauffard, n° 13.

A son entrée, Alm... a l'aspect d'un bacillaire subfébrile, avec amaigrissement léger, toux, ostéarthropathie hypertrophiante pneumonique accentuée. Son crachoir contient trois ou quatre crachats non odorants, d'aspect nummulaire. Mais à l'examen physique, pratiqué méthodiquement, on est surpris de ne trouver aucun signe d'auscultation normale au niveau des sommets. On découvre alors avec difficulté une petite zone de submatité à droite, à la hauteur et en arrière du mamelon, sans souffle ni bruits cavitaires. Les crachats ne contiennent aucun bacille de Koch.

Les jours suivants, l'expectoration présente toujours les mêmes caractères : quelques crachats nummulaires isolés, dont quelques-uns sont expulsés très difficilement, surtout la nuit, après de violentes quintes de toux. En totalité l'expectoration ne dépasse pas, dans les vingt-quatre heures, une cuillerée et demie ; à ces crachats muco-purulents est mélangée un peu de salive épaisse et gluante. Un interrogatoire très serré montre que jamais il n'y eut de vomiques à proprement parler.

Le 4 janvier 1909, hémoptysie assez copieuse.

Les jours suivants, râles humides à la base du poumon droit et respiration légèrement soufflante.

Le 8 janvier, le diagnostic clinique de pleurésie interlobaire est confirmé par l'examen radioscopique, qui ne décèle aucune lésion pulmonaire tuberculeuse.

Pendant le mois de janvier survinrent encore quelques crachats hémoptoïques, de légères poussées fébriles, mais l'expectoration alla en diminuant très notablement sous l'influence du repos, de la suralimentation, du cacodylate de soude et des désinfectants. De temps à autre l'expectoration fut légèrement fétide, d'une façon passagère ainsi que l'haleine.

Quoi qu'il en soit, à mesure que l'état général s'améliora, tous les phénomènes s'amendèrent et l'expectoration finit par disparaître elle-même totalement dans le cours du mois de mars 1909.

Notons qu'à aucun moment, pendant son séjour à Necker, le malade ne présenta d'interruption nette dans le rejet des crachats, très peu abondants il est vrai, mais toutefois journaliers. A cette époque la radioscopie montra la disparition complète de l'opacité primitive.

Ce malade, qui a été revu quelques mois plus tard, était alors en parfaite santé.

Observation III

(Docteur Defouloy)

Mme V..., trente ans, mère de trois enfants bien portants, est prise, sans raison apparente, fin 1908, de bronchite. Contrairement aux prévisions, cette bronchite généralisée persista pendant deux mois avec mouvement fébrile irrégulier, pertes des forces et amaigrissement notable, et le diagnostic du médecin traitant s'orienta vers une tuberculose pulmonaire à début bronchitique. La

malade fut envoyée dans le Midi. Là elle contracta une grippe et prit de ses enfants une légère coqueluche.

En janvier 1909, Mme Y... rejeta après la toux, pendant quelques jours, quelques crachats muco-purulents isolés, différents de l'expectoration banale habituelle. Un examen méthodique complet ne révéla rien au niveau des sommets ni ailleurs. Les bacilles de Koch furent recherchés de multiples fois dans les crachats et ces examens furent toujours négatifs.

Sur plusieurs inoculations à des cobayes une seule fut douteuse, les autres rassurantes.

Puis survint une accalmie : mais à la suite de refroidissement et de surmenage avec ses enfants, de la fièvre, fièvre irrégulière, réapparut aux environs de 40° le soir ; la toux devint très fréquente et pénible, avec une légère dyspnée, sans point de côté, mais avec un état général rapidement mauvais, et de la diarrhée. L'expectoration se montra de nouveau virulente sans vomique véritable : crachats isolés, rejetés après des quintes de toux et en petite quantité, d'aspect nummulaire ; pas de fétidité de l'expectoration et de l'haleine. La malade est alors vue par un professeur de province qui porte le diagnostic de pneumonie caséeuse.

Sous l'influence du repos, de la suralimentation raisonnée, des injections de cacodylate de soude, etc..., amélioration notable qui permet le retour à Paris.

A ce moment la malade est vue par un de nos collègues les plus éminents qui confirme le diagnostic de pneumonie caséeuse, ordonne du sérum de Marmorek et porte un pronostic très grave.

Le docteur Hirtz refuse d'admettre ce diagnostic, en raison de ce que des examens répétés des crachats ne décèlent de nouveau aucun bacille de Koch, tandis que

s'il s'agissait vraiment de caséification donnant naissance à des crachats nummulaires typiques, ceux-ci devraient en fourmillier. Il décèle une matité assez tendue, sans vibrations, à la base gauche et porte le diagnostic de foyer purulent de la base gauche et se vidant par crachats très fragmentés. Il conduit la malade, très fébrile et dyspnéique, chez M. Béclère ; celui-ci pratique un examen radioscopique qui montre une opacité anormale au niveau de la base du thorax gauche et une transparence à peu près parfaite des sommets ; il porte le diagnostic ferme de pleurésie purulente enkystée de la base gauche. L'intervention opératoire proposée est rejetée.

La malade repart dans son pays, où M. Urmès la soumet à un traitement à peu près analogue à celui des tuberculeux pulmonaires, dans un sanatorium-home. Avec des alternatives d'amélioration nette et de reprise des phénomènes morbides, la malade continue à expectorer comme précédemment quelques crachats purulents presque exclusivement dans la journée, mais n'a jamais de vomique vraie. De temps en temps l'expectoration cesse totalement pendant quelques jours.

Il y eut deux légères hémoptysies. Bref, après six mois environ, tout rentre progressivement dans l'ordre et la santé réapparaît totalement. L'expectoration n'existe plus et l'engraissement est de 12 kilos. La radioscopie, refaite par M. Béclère, montre la disparition complète de l'opacité de la base gauche et la mobilité parfaite du diaphragme. Depuis lors, la santé est très bonne et la guérison de cette pleurésie enkystée est demeurée complète et définitive. Le fait seul que l'inoculation à un des cobayes aurait donné autrefois un résultat positif fait encore surveiller la malade.

Ces trois observations nous montrent, et cela d'une façon tout à fait vivante, la difficulté qu'il y a à bien discerner ces pleurésies interlobaires ou enkystées, vidées dans les bronches par vomiques fractionnées, de la tuberculose vraie. Car nombreux sont les points de contact de ces deux variétés d'affections qu'il importe de bien connaître afin de pouvoir, ce qui est capital, en préciser le pronostic et surtout le traitement.

Et d'abord, qu'entend-on par pleurésie enkystée ?

Elles sont constituées par des épanchements isolés du reste de la grande cavité pleurale par des adhérences. On en distingue les variétés suivantes : la pleurésie cloisonnée, la pleurésie diaphragmatique, la pleurésie médiastine et enfin la plus importante, celle qui nous occupe particulièrement, la pleurésie interlobaire ; on peut y ajouter la pleurésie enkystée du sommet.

Du reste nous ne nous occuperons de ces pleurésies enkystées que tout autant qu'elles présenteront des analogies cliniques suffisantes avec la tuberculose pulmonaire pour être confondues avec elles. C'est dire que nous éliminerons d'emblée les pleurésies enkystées séro-fibrineuses, qui d'ailleurs sont rares, pour ne nous occuper que des purulentes.

Nous ne parlerons non plus que pour mémoire de ces pleurésies enkystées à vomique classique massive qu'il est impossible de ne pas distinguer à première vue, même de l'expectoration abondante de la tuberculose pulmonaire à sa période cavitaire,

Mais nous insisterons tout particulièrement sur les pleurésies interlobaires à vomiques fragmentées de Dieu-

lafoy, et surtout à « vomiques nummulaires » de Hirtz et Beaufumé dont le tableau clinique se calque en quelque sorte sur celui de la tuberculose pulmonaire.

Ce qui nous fait porter trop rapidement certes un diagnostic de tuberculose pulmonaire, ce sont ces vomiques, j'allais dire ces crachats, qui fragmentés, distillés parcimonieusement le long des jours et des jours, entraînent à la longue un état de phtisie, ce mot étant ici pris dans son sens étymologique de consomption, état sensiblement analogue à celui de la tuberculose pulmonaire.

Ceci dit, passons à l'étude détaillée des pleurésies purulentes enkystées.

Etiologie des pleurésies purulentes enkystées

Les causes de pleurésies purulentes enkystées se divisent en locales et générales.

Causes locales. — Les causes locales sont :

1° Des affections pulmonaires : pneumonie, bronchopneumonie, dilatation des bronches, abcès du poumon, cancer, tuberculose, gangrène. Un grand nombre de pleurésies enkystées purulentes aiguës relèvent de la pneumonie, comme la plupart des chroniques relèvent de la tuberculose ;

2° Des lésions du médiastin : péricardite, cancer de l'œsophage, perforation de l'œsophage cancéreux au cours du cathétérisme ;

3° Des affections abdominales : cancer de l'estomac et du foie, abcès sous-phrénique, suppuration du rein, du

foie ou de la rate, péritonite puerpérale : la propagation de l'infection s'explique dans ces cas par les rapports de la plèvre et du péritoine à travers les orifices lymphatiques du diaphragme ;

4° Des lésions des parois thoraciques, cancer ou abcès du sein, phlegmons axillaires, abcès froids de la paroi costale ;

5° Des lésions de la plèvre elle-même, c'est le cas pour les pleurésies séro-fibrineuses devenant secondairement purulentes.

Causes générales. — Les causes générales sont des maladies infectieuses atteignant tout l'organisme : scarlatine, rougeole, érysipèle, infection puerpérale, infection purulente, diphtérie. Tous les facteurs étiologiques que nous venons d'énumérer nous montrent l'invasion de la plèvre par des microbes pyogènes, soit à la faveur de lésion de voisinage, soit par la circulation générale.

Mais assez souvent la pleurésie purulente enkystée survient en pleine santé apparente : on la dit alors primitive.

Il y a des conditions adjuvantes individuelles, dont quelques-unes expliquent la moindre résistance de l'organisme à l'infection ; telle est l'action du froid. On sait aussi que la pleurésie purulente atteint avec prédilection les débilités, les surmenés, les cachectiques.

Elle est plus fréquente dans le jeune âge et chez l'adulte, elle prédomine dans le sexe masculin.

Bactériologie

Les agents pathogènes rencontrés sont par ordre de fréquence : le pneumocoque, le streptocoque, le bacille de Koch. Le staphylocoque, le pneumobacille de Friedländer, l'Eberth, le colibacille, le micrococcus tétragène, les agents de la gangrène pulmonaire s'observent beaucoup moins fréquemment.

Très souvent on ne trouve pas dans l'épanchement purulent un seul agent pathogène, mais plusieurs associés. Chacun des microbes pyogènes a ses portes d'entrée de prédilection. Le pneumocoque pénètre généralement à la suite d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie ; plus rarement il provient d'une otite, d'une péricardite ou d'une péritonite à pneumocoques.

Il est enfin des cas assez nombreux où sa présence ne s'est révélée par aucune manifestation : on les désigne sous le nom de pleurésies pneumococciques primitives. Le bacille de Koch provient d'un foyer de tuberculose pulmonaire, d'un ganglion caséeux du médiastin ou d'une ostéite costale.

Le streptocoque s'introduit dans la plèvre à la faveur d'une lésion pulmonaire, médiastine ou abdominale, ou par une plaie pénétrante de poitrine. Dans les infections généralisées, il est apporté par la circulation sanguine.

Anatomie pathologique

L'aspect du liquide qui remplit le kyste pleural est variable suivant les cas ; tantôt franchement purulent, tantôt séro-purulent, souvent il est fétide. Dans les pleurésies enkystées gangréneuses, il exhale une odeur infecte. On lui a assigné des caractères différents suivant le microbe pathogène qui est en cause. Ainsi dans la pleurésie à streptocoques, le liquide n'est pas purulent d'emblée : il est d'abord louche, puis séro-purulent, puis purulent. Ce pus n'est jamais homogène, il est toujours mal lié, se séparant par le repos en deux couches, l'une séreuse qui surnage, l'autre plus dense qui laisse au fond du vase une poussière jaunâtre. Le microscope y montre de nombreux globules rouges et blancs et des chaînettes de streptocoques.

Dans la pleurésie enkystée à pneumocoques, le liquide est franchement purulent, jaune verdâtre, bien lié, crémeux. C'est un pus habituellement inodore, homogène. Il est riche en fibrine et en globules de pus. L'examen bactériologique y décèle de nombreux pneumocoques.

Dans la pleurésie à staphylocoques, le liquide est plutôt séro-purulent que purulent.

Dans la pleurésie tuberculeuse, le liquide est tout à fait analogue au pus des abcès froids ; le microscope y montre des gouttelettes graisseuses, des corps granuleux, des cristaux d'acides gras et pas de fibrine. Quelquefois on peut mettre en évidence le bacille de Koch.

Très souvent il ne contient que des staphylocoques, ou bien il est complètement stérile ; mais l'inoculation au cobaye provoque le développement d'une péritonite tuberculeuse.

Les adhérences qui limitent le kyste pleural sont plus ou moins épaisses suivant son ancienneté.

La quantité de pus ainsi délimité est très variable : dans certains cas réduite à quelques cuillerées, dans des cas exceptionnels atteignant un litre, en général elle est de quelques centaines de grammes.

Dans les épanchements abondants et anciens, le poumon est refoulé par le kyste. Généralement il conserve son élasticité. D'autres fois il est cloisonné par des tractus fibreux et coiffé de fausses membranes épaisses qui rendront impossible son expansion après évacuation du liquide.

A l'autopsie, nous ne trouvons pas que des lésions pleurales ou pulmonaires. La dégénérescence amyloïde des reins, du foie ou de la rate peut s'observer dans ces pleurésies purulentes comme dans toutes les suppurations prolongées. Le squelette des doigts montre la lésion décrite par Marie dans les affections chroniques des poumons sous le nom d'ostéopathie hypertrophiante. Enfin, certains empyèmes enkystées peuvent donner naissance comme les empyèmes de la grande cavité pleurale à des foyers purulents métastatiques dans les reins, la rate et surtout le cerveau.

Symptomatologie

Les symptômes généraux des pleurésies purulentes enkystées étant à peu près identiques indépendamment de la localisation du kyste, qu'il s'agisse d'une pleurésie enkystée interlobaire, diaphragmatique, médiastine ou cloisonnée, nous allons tout d'abord les étudier une fois pour toutes. Bien entendu les symptômes locaux diffèrent essentiellement suivant la variété de pleurésie enkystée.

Début : Le début de l'affection est parfois fort difficile à apprécier, il peut varier suivant les cas, quelquefois brusque, souvent plus ou moins traînant.

A la période d'état les symptômes généraux traduisent la formation de pûs dans un point quelconque de l'organisme.

La *fièvre* se présente avec des modalités variables suivant le microbe pathogène qui est en cause. L'empyème à streptocoques se traduit par une température élevée à grandes oscillations ; l'empyème à pneumocoques par une température moins élevée avec plateau et défervescence ; les pleurésies tuberculeuses par une température irrégulière où s'observe quelquefois le type inverse.

Les frissons n'annoncent pas seulement le début de la maladie, ils se répètent souvent alors que l'épanchement est constitué.

L'état général est ordinairement grave ; il présente surtout dans les cas chroniques tous les caractères de

l'infection et même de l'hecticité : amaigrissement, sueurs profuses, frissons répétés, etc.

La leucocytose avec augmentation de volume de la rate qui en est la conséquence traduit la réaction de défense de l'organisme.

L'albuminurie s'accompagne de la présence de cylindres dans les urines ; elle est rétractile, c'est une albuminurie par néphrite.

Symptômes locaux. — *Pleurésie interlobaire.* — Et tout d'abord que faut-il entendre par pleurésie interlobaire? C'est la pleurésie qui se développe et s'enkyste entre les deux lobes d'un poumon. Nous ne ferons pas ici l'anatomie topographique des scissures interlobaires, nous contentant de dire que le poumon gauche présente une scissure oblique qui le divise en deux lobes, le droit en présentant deux, l'une oblique, l'autre horizontale se détachant de la scissure oblique vers le bord externe de l'omoplate. Il est ainsi divisé en trois lobes.

La plèvre viscérale s'engage entre ces scissures et tapisse les faces correspondantes des lobes du poumon : c'est la plèvre interlobaire. Que des adhérences viennent à souder les lèvres d'une scissure interlobaire et la plèvre interlobaire ne communique plus avec la grande cavité pleurale ; elle est transformée en un sac pleural interlobaire favorable à la production d'une pleurésie enkystée presque toujours purulente.

La pleurésie interlobaire peut être fort étendue et occuper un espace interlobaire tout entier : en pareil cas les lobes pulmonaires voisins sont fortement déprimés et le liquide atteint un litre et au delà. Parfois au contraire des adhérences cloisonnent la cavité virtuelle interlobaire, et le liquide purulent emprisonné dans cet espace restreint ne dépasse pas 150 ou 200 gr. On

voit qu'entre les pleurésies interlobaires à grand épanchement et les petits abcès pleuraux interlobaires, il y a place pour tous les intermédiaires.

La pleurésie interlobaire n'est pas toujours cantonnée en arrière du thorax au niveau de la scissure horizontale ; elle occupe parfois l'aisselle au niveau de la scissure oblique, et peut descendre jusqu'à la base de la poitrine au niveau de la plèvre diaphragmatique.

Il ne faut pas croire que la situation anatomique et normale des scissures interlobaires soit d'un grand secours pour la localisation précise de la pleurésie, car les rapports normaux des scissures sont singulièrement modifiés par l'épanchement et par le refoulement des lobes du poumon. Aussi la topographie pathologique ne correspond-elle pas toujours à la topographie normale.

Nous savons que la pleurésie purulente interlobaire peut être primitive ou secondaire et que le pneumocoque est son principal agent pathogène. Aussi aurons-nous des pleurésies parapneumoniques, métapneumoniques, primitives par le pneumocoque. Les symptômes différeront suivant l'agent pathogène en cause, suivant que l'affection sera occasionnée ou non par une autre affection primitive causale. Nous n'oublierons pas que si les symptômes généraux existent presque toujours, les signes physiques peuvent être d'une latence remarquable et parfois très difficiles à dépister.

Ce qui domine à son début, ce sont des signes pulmonaires d'emprunt, râles, souffle, submatité ; et ce qui domine quand l'épanchement est formé et assez abondant, c'est l'existence d'une zone mate entourée de régions plus sonores, soit en arrière, soit dans l'aisselle. Du reste nous savons que la localisation de cette matité est assez variable.

La radioscopie montre une zone d'ombre correspondant au siège de la matité et à la direction de l'une des scissures interlobaires et tranchant fortement sur la clarté des zones pulmonaires situées au-dessus et au-dessous.

Au bout d'un temps variant entre deux et plusieurs semaines, se produit la vomique, tantôt sans prodromes, tantôt précédée de fétidité de l'haleine ou de crachats infects. La vomique consiste dans le rejet, au milieu de secousses de toux violentes et de suffocation, d'un abondant liquide purulent et fétide. A partir de ce moment, l'auscultation fait entendre des signes cavitaires ; râles caverneux et gargouillements.

Les vomiques fractionnées. — A côté de cette vomique massive, la vomique classique, le professeur Dieulafoy a signalé d'autres vomiques dans lesquelles le pus n'est généralement pas rendu à flots, mais par petites gorgées, et par crachats de telle sorte que, faute d'attention, on pourrait prendre ces vomiques pour une simple expectoration bronchique abondante.

A ces vomiques de faible volume, simulant la bronchorrée, et faisant porter le diagnostic d'un catarrhe bronchique, d'une bronchite fétide ou d'une bronchectasie, le professeur Dieulafoy a donné le nom de vomiques fragmentées, qui montre à la fois leur intermittence et leur division. Elles sont presque exceptionnelles dans la pleurésie purulente de la grande cavité pleurale, mais elle sont la règle dans les pleurésies enkystées dont le type le plus fréquent est la *pleurésie interlobaire*. Peut-être faut-il admettre que l'enkystement, pour expliquer cette coïncidence, a pour effet de favoriser l'ulcération et par suite la rupture de la poche purulente donnant lieu à la vomique. La constatation

de la fétidité de l'haleine permet souvent de prévoir la vomique vingt-quatre heures à l'avance.

« Dans quelques cas, nous dit Dieulafoy, la vomique est abondante et le malade rejette, au milieu de quintes de toux violentes et angoissantes, plusieurs centaines de grammes de liquide purulent fétide.

» Dans d'autres cas, le pus de la cavité interlobaire n'est pas rejeté sous forme de vomique abondante, il est fractionné et expulsé sous forme de crachats rappelant la bronchorrée de la dilatation des bronches ou l'expectoration d'une bronchite fétide. »

A propos de diagnostic étiologique de la vomique pleurale, le professeur Dieulafoy, au cours de la même leçon clinique, s'exprime ainsi: « Faute d'attention on prend cette expectoration muco-purulente pour un catarrhe bronchique, pour une bronchite fétide, pour une bronchorrée; mais si, poursuivant plus loin vos investigations, vous obtenez de votre malade des réponses nettes et précises, vous apprenez que l'expectoration en question a débuté brusquement à la suite de quintes de toux augoissantes et dyspnéiques, alors que les jours précédents l'expectoration était nulle. »

En résumé, la vomique fragmentée se distingue donc nettement d'une expectoration bronchique, ou de la bronchorrée, par son début subit au milieu de quintes de toux et d'accès de suffocation et par l'évolution des accidents.

Il existe à côté de ces deux formes de vomiques, l'une abondante et massive, l'autre plus discrète et fragmentée, un troisième type très intéressant que nous allons étudier en détail : *la vomique nummulaire*. C'est une vomique de volume plus réduit encore et dans laquelle le pus est rejeté en petite et même en très petite

quantité. Et les symptômes cliniques concomitants habituels sont ici modifiés et prennent une physionomie tout particulière.

Caractères des vomiques nummulaires. — Ce qui caratérise les vomiques nummulaires, c'est qu'elles sont constituées par une expectoration minime. Ce faible volume les sépare d'une façon évidente de la grande vomique classique ; il les distingue encore des vomiques fragmentées de Dieulafoy, dans lesquelles l'expectoration se produit aussi par faible quantité, mais conserve quand même, de par son volume relatif et de par sa fréquence, un caractère abondant assez net pour simuler la bronchorrée de la dilatation bronchique par exemple. Il y a toujours, dans les vomiques fragmentées, des gorgées de pus, bien qu'à certains moments la vomique puisse se finir par crachats.

La vomique fragmentée s'accompagne, en outre, d'un syndrome pleuro-pulmonaire aigu, tandis que dans la vomique nummulaire l'évolution est plus silencieuse et plus traînante.

Enfin le principal caractère des vomiques nummulaires réside dans l'aspect de l'expectoration. Indépendamment de sa petite quantité, elle est remarquable parce qu'elle se produit uniquement et sous forme de crachats isolés, aussi bien dans le cours de la journée que le matin, aussi bien dans la position verticale que dans la position horizontale.

L'émission de ces vomiques se fait chaque jour, et les crachats sont séparés dans leur rejet par un temps plus ou moins long, ou bien elle peut se montrer intermittente et il est possible d'observer des périodes plus ou moins longues d'absence totale d'expectoration purulente.

Recueillis dans un crachoir contenant de l'eau, les crachats restent intacts, conservent leur forme, ne se mélangent pas au liquide et n'abandonnent que la quantité variable de salive qui les accompagne.

En raison de leur constitution purulente ou mucopurulente, ils ressemblent totalement, de par leur cohérence et de par leur forme, aux crachats nummulaires de la tuberculose chronique cavitaire. C'est pour cette raison que MM. Hirtz et Beaufumé ont proposé de donner aux vomiques constituées par ces crachats le nom de vomiques nummulaires.

Aussi est-il facile de comprendre que ce caratère de l'expectoration pourra faire penser tout d'abord à l'existence d'une tuberculose pulmonaire. Les traits caractéristiques des vomiques nummulaires d'origine pleurale nous étant connus, il nous faut préciser nettement sous quel aspect se présente le cortège de symptômes qui les accompagne.

La toux existe le plus souvent : elle peut comme dans les grandes vomiques accompagner le rejet purulent sous l'aspect de quintes violentes ; elle peut aussi consister seulement en quelques coups de glotte rappelant d'assez près la toux sèche et brève des malades atteints de tuberculose pulmonaire au début. Enfin elle peut faire notablement défaut.

L'hémoptysie est loin d'être rare (2 de nos observations en font foi) : elle peut être constituée par le rejet, soit de sang pur, soit de crachats hémoptoïques ou à peine striés de sang. Il en est de même de la dyspnée qui peut être plus ou moins intense ou manquer tout à fait.

Il n'y a pas d'angoisse, et cela s'explique, par le fait que l'irruption purulente dans les bronches n'est pas très abondante, et qu'il n'y a aucune raison apparente et

subite pour le malade de croire à un danger imminent.

La douleur thoracique peut manquer, et la possibilité de son absence ne saurait nous surprendre, puisque cette douleur thoracique paraît dépendre surtout de l'inflammation de la plèvre costale: une collection intra-pulmonaire ou située profondément peut être tout à fait indolore. Les doigts hippocratiques même peuvent se rencontrer. L'état fébrile ou subfébrile du malade est fréquent. Tantôt permanent, tantôt procédant par poussées intermittentes, il est la conséquence même de l'infection.

L'amaigrissement et la perte des forces sont plus ou moins marqués, mais à peu près inévitables ; ils dépendent à la fois de la fièvre, de la diminution de l'appétit, des quintes de toux et de la lutte de l'organisme contre l'infection. Le malade se trouve en somme dans un état de déchéance organique manifeste.

Le début de l'affection est ici d'ordinaire fort difficile à apprécier, il peut varier suivant les cas, mais il est souvent plus ou moins traînant. C'est en effet ce que nous montrent nos observations.

On comprend aisément comment cette évolution subaiguë ou prolongée d'une affection profonde, jointe aux caractères de l'expectoration et aux symptômes fonctionnels et généraux qui l'accompagnent, peut éveiller l'idée de tuberculose pulmonaire.

Sans dire qu'il soit de règle que ces pleurésies enkystées et vidées dans les bronches par vomiques fractionnées et nummulaires, simulant l'expectoration des tuberculeux, fassent toujours porter le diagnostic de tuberculose pulmonaire chronique, il n'est que trop vrai que le plus souvent c'est ce diagnostic qui est ou a été porté dans des cas semblables.

De cette vérité font encore foi nos 3 observations dans lesquelles fut porté le diagnostic d'une tuberculose pulmonaire non existante.

Diagnostic différentiel avec la tuberculose pulmonaire

Puisque les pleurésies enkystées, vidées dans les bronches par vomiques fractionnées et nummulaires, peuvent, par l'ensemble de leurs différents caractères, par leur évolution et par l'aspect clinique du malade, faire porter à tort le diagnostic de tuberculose pulmonaire, nous avons à nous demander maintenant si ce diagnostic est possible et sur quels éléments ce diagnostic devra s'appuyer.

Ce diagnostic est délicat, il est même réellement difficile. Tout concourt en effet à éveiller dans l'esprit du médecin l'idée de tuberculose pulmonaire : la fièvre, l'amaigrissement, la perte des forces, les hémoptysies, la dyspnée, la toux, l'expectoration des crachats nummulaires isolés, l'évolution.

Si la répétition et la persistance de l'expectoration, sous la forme spéciale que nous avons décrite, n'attirent pas l'attention du médecin, si le malade n'est pas surveillé de très près sur ce point, les caractères de la vomique passeront inaperçus, et la confusion avec les crachats nummulaires de la tuberculose pulmonaire sera fatalement commise. Et pour peu que l'interrogatoire décèle, dans les antécédents du malade, des signes plus ou moins certains de tuberculose personnelle ou fami-

liale, voilà la question tranchée et l'étiquette de tuberculose pulmonaire chronique posée. L'erreur du diagnostic entraîne fatalement avec elle celle du pronostic et du traitement.

A quelque point de vue qu'on se place, et si difficile qu'il puisse paraître de porter un diagnostic ferme et exact en pareille circonstance, il faut éviter l'erreur. Nous nous proposons d'indiquer maintenant les mesures qui doivent être prises dans ce but, et les signes physiques et expérimentaux dont l'observation attentive pourra permettre au médecin d'écarter l'idée d'une tuberculose pulmonaire apparente. L'examen attentif et complet du malade, avant toute autre recherche, donnera surtout l'éveil.

Puisque l'on pense à la tuberculose pulmonaire, les recherches se porteront d'abord du côté des sommets, et alors on sera surpris de voir que les signes physiques de percussion et d'auscultation des sommets ne sont pas ceux que l'on pouvait prévoir, ou même manquent tout à fait.

De ce défaut de parallélisme entre les signes fonctionnels et généraux d'une part, et les signes physiques d'autre part, on pourra déduire que la lésion siège ailleurs qu'aux sommets, ce qui cadre mal avec l'hypothèse de la tuberculose pulmonaire.

La constatation d'une zone de matité de forme ou de siège particulier ne devra pas être négligée ; cette matité siégeant à l'une des bases devra faire penser à une pleurésie enkystée de la base ; une matité siégeant au niveau d'une scissure d'un côté seulement, et entourée d'une sonorité normale dans tout le reste de l'étendue du poumon, éveillera l'idée de pleurésie interlobaire.

Le défaut d'antécédents bacillaires directs, ou chez les ascendants, ou dans l'entourage du malade, l'absence des signes de la déchéance organique qui précède toute tuberculose pulmonaire et lui ouvre pour ainsi dire les portes, devront mettre en garde contre l'idée d'une lésion tuberculeuse.

Il ne faut pas non plus se laisser induire en erreur par l'état subfébrile du malade, par son degré d'amaigrissement plus ou moins prolongé, par quelques hémoptysies, par la déformation des phalangettes, puisque nous savons que ces symptômes peuvent s'observer ailleurs que dans la tuberculose.

Enfin l'examen bactériologique des crachats tranchera la question en démontrant qu'ils ne contiennent aucun bacille de Koch.

Tels sont les éléments de premier ordre qui devront servir de base au diagnostic. Ils pourront à eux seuls dans bon nombre de cas donner au médecin de fortes présomptions, sinon des certitudes, sur le caractère bacillaire ou non bacillaire de l'affection.

Mais il ne sera pas inutile d'y ajouter les ponctions exploratrices au besoin répétées à des intervalles qui seront déterminés par l'état local ou général du malade et par l'évolution de l'affection. Ces ponctions seront faites au niveau du siège présumé de la collection purulente, avec des aiguilles assez longues pour pénétrer au sein de la collection, même si elle est profondément située dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire, et d'un calibre suffisant pour qu'on ne puisse pas avoir un insuccès dû à la consistance épaisse et grumeleuse du pus.

Le liquide retiré par la ponction sera soumis à l'examen bactériologique.

On l'inoculera au cobaye, le réactif vivant de la tuberculose. On fera l'épreuve du séro-diagnostic de la tuberculose suivant la méthode d'Arloing ; on tentera de provoquer les réactions diverses à la tuberculine suivant les méthodes connues de cuti-réaction, d'intradermoréaction, d'ophtalmoréaction, bien que ces différentes méthodes d'épreuve à la tuberculine n'aient pas une signification absolue. Outre que leur valeur a été discutée, il peut se faire qu'un malade ait eu autrefois une légère atteinte de tuberculose pulmonaire ganglionnaire ou autre, complètement guérie au moment de l'expérience, et que, par ce fait, il réagisse à la tuberculine bien que la collection purulente actuelle dont on cherche à diagnostiquer la nature ne soit pas tuberculeuse. On ne devra donc interpréter leurs résultats qu'avec réserve et ne les accepter, s'ils sont positifs, qu'à titre d'indications complémentaires.

On établira la formule leucocytaire. On rappellera à ce sujet que la polynucléose existe au début de la tuberculose pulmonaire, faisant défaut par la suite et reparaissant au moment où la caséification se produit. On n'oubliera pas que, dans un état infectieux ou cachectique et mal défini, la constatation d'une polynucléose intense peut servir quelquefois à dépister une suppuration profonde. C'est donc une méthode de diagnostic qu'il ne faudra pas négliger dans ces états-là.

Enfin l'examen radioscopique lèvera toutes les hésitations du médecin en lui donnant sous la forme d'une ombre portée sur l'écran l'image des lésions que la clinique aura laissé soupçonner et le contrôle matériel des révélations qu'elle lui aura fournis. La transparence normale des sommets venant corroborer l'auscultation également normale et la sonorité parfaite déjà constatées,

la présence sur l'écran d'une ombre portée unilatérale correspondant au siège de la lésion, et d'autant plus intense que cette lésion opaque aux rayons X occupe une épaisseur plus grande du poumon, devront faire cesser tous les doutes et faire rejeter le diagnostic primitivement vraisemblable de tuberculose pulmonaire.

Telles sont les différentes méthodes d'investigation et de contrôle auxquelles le médecin aura recours pour faire le diagnostic de cette fausse tuberculose.

Fort des résultats concordants de ses recherches et renseigné d'une façon précise sur le siège de la lésion, assez approximativement même sur son étendue et ses limites, le médecin n'aura plus le droit de considérer son malade comme un bacillaire avancé, voué à une issue fatale dans un délai plus ou moins long; il devra traiter en lui un pleuropathique ayant toutes chances de s'améliorer progressivement et de guérir sous l'influence d'une hygiène bien comprise et d'une thérapeutique appropriée à son cas.

Nous voici donc fixés maintenant sur deux points : d'une part, nous savons que le diagnostic des pleurésies enkystées s'éliminant par vomiques fractionnées et simulant la tuberculose pulmonaire est difficile ; d'autre part, il semble que grâce aux différents procédés que la clinique, la bactériologie, les réactions à la tuberculine, l'analyse du sang, et enfin la radioscopie mettent à notre disposition, ce diagnostic soit possible dans la majorité des cas. Pourtant il n'en est pas toujours ainsi.

En effet, nous n'avons envisagé jusqu'ici que des cas relativement simples ; mais un individu peut être porteur d'une collection purulente due à des microbes banaux, et, de plus, être un tuberculeux pulmonaire ancien ou en évolution. Dès lors on imagine combien le diagnostic sera

difficile dans ce cas ; il sera même parfois impossible. C'est ce que démontre l'observation suivante.

Observation IV

(Docteur Danlos)

Les cas que nous offre ici la clinique ne sont pas toujours aussi simples que ceux de M. le docteur Hirtz. J'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital Ténon, il y a une vingtaine d'années, un cas de ce genre. Il s'agissait d'un homme de 50 ans environ, qui allait depuis deux ans d'hôpital en hôpital, et qui était partout considéré comme un tuberbuleux simple.

Ce fut aussi ma première impression, bien qu'il y eût un contraste marqué entre l'exploration du thorax et l'expectoration. Celle-ci était puriforme, nummulaire, abondante, et néanmoins, à l'examen de la poitrine, on ne trouvait aux sommets que des signes d'induration sans ramollissement.

Un jour je perçus nettement vers la base, à droite, des signes d'amphorisme qui disparurent, puis se montrèrent à nouveau à plusieurs reprises. J'en conclus qu'il existait de ce côté une cavité pleurale dont l'évacuation intermittente produisait ou supprimait tour à tour les signes cavitaires.

Vainement j'interrogeai le malade pour avoir, par les antécédents, la confirmation de ce diagnostic. Tout ce que je pus apprendre c'est qu'il avait été traité dans

plusieurs services et toujours comme tuberculeux. Je portai donc le diagnostic de pleurésie purulente enkystée de date incertaine, mais ancienne, accompagnée de tuberculose indurée des sommets.

Au bout de quelques mois le malade mourut sans avoir présenté rien de bien spécial. A l'autopsie je trouvais un kyste pleural, à parois indurées, communiquant avec les bronches par un pertuis de 2 à 3 millimètres de diamètre dont le contenu purulent, épais, peu ou pas miscible à l'eau, avait absolument la même apparence que le liquide expectoré. Les poumons présentaient, dans les sommets, une nappe étendue d'infiltration grise (pneumonie caséeuse) sans trace de ramollissement.

J'interprétai ce fait comme un cas de pleurésie purulente qui ultérieurement, à la suite du séjour prolongé fait par le patient dans les hôpitaux, s'était compliquée de tuberculose, l'absence de ramollissement permettant de supposer que la tuberculose était secondaire.

Je crois que, dans les mêmes conditions, il doit en être souvent ainsi, que si le cas est ancien et si le malade a fait dans les salles de tuberculeux un long séjour, il faut toujours songer à la possibilité d'une complication tuberculeuse.

Pour reconnaître celle-ci, l'expectoration peut être d'un faible secours ; car si les crachats bacillaires sont noyés dans une abondante expectoration d'origine pleurale, la recherche des bacilles de Koch peut, malgré une tuberculose réelle, rester négative.

Il y a plus à compter sur l'exploration clinique des sommets et surtout sur les réactions spécifiques, à la tuberculine, faites avec la prudence nécessaire.

La difficulté d'interprétations des signes cliniques est ici très grande. Et cependant avec la radioscopie on

pourra dans certains cas dissocier les complexus morbides pleuro-pulmonaires et nous aurons ainsi la clef de diagnostics autrefois presque impossibles en clinique.

Pronostic

Le pronostic des pleurésies enkystées vidées dans les bronches par vomiques fractionnées et simulant la tuberculose à sa troisième période est en général favorable comparativement à cette dernière affection. Dans celle-ci, à la période des cavernes, il est en effet toujours fatal.

Ce pronostic doit être pourtant réservé parce que la terminaison dépend toujours, même dans le cas où la tuberculose pulmonaire n'est pas en cause, de l'étendue des lésions, de leur siège, de la résistance de l'individu, de la virulence et de la qualité des microbes pathogènes. Favorable dans la pleurésie à pneumocoqees, le pronostic s'obscurcit dans les pleurésies à streptocoques. Ici la mortalité n'est jamais inférieure à 25 p. 100.

Il est très grave dans les pleurésies purulentes tuberculeuses ; en effet, les malades peuvent vivre longtemps avec leur abcès froid pleural, mais la mort paraît fatale à longue échéance. L'intervention en effet est souvent inefficace et la tuberculose du poumon toujours à craindre. Dans les pleurésies gangréneuses et putrides le pronostic est encore très grave : il n'y a de chances de guérison que dans une intervention rapide.

Traitement

Il existe un foyer purulent : il faut le supprimer. C'est dire que l'intervention chirurgicale sera presque toujours en principe le traitement de choix.

Il n'en est pas moins vrai qu'il sera parfois délicat de se prononcer d'une façon formelle pour ou contre l'intervention chirurgicale. L'expectation sera quelquefois de mise, la simple évacuation par les bronches pouvant servir de moyen curatif (deux observations citées dans ce travail le prouvent). Mais ce sont des cas particulièrement favorables, et il serait téméraire d'en conclure que tous peuvent avoir en pareil cas une évolution aussi heureuse. La poche purulente que nous avons vue complètement vidée et tarie par la seule expectoration, et dont la cicatrisation a été ensuite démontrée par la radioscopie, pouvait, soit par le fait d'un grand volume, soit par celui d'un terrain moins résistant, persister d'une façon indéfinie, le pus se reformant au fur et à mesure de l'évacuation.

Il n'est pas douteux qu'au cours de cette interminable suppuration le malade pouvait à tout instant voir son état devenir plus grave, et que l'issue fatale pouvait même survenir, soit comme terminaison d'une cachexie progressive, soit brusquement par le fait d'une complication septique intercurrente.

Le problème se réduit donc à peser d'une part les chances que le malade peut avoir de triompher de sa lésion et de guérir spontanément avec du temps et des

soins, d'autre part le bénéfice immédiat et durable d'une intervention chirurgicale et les risques qu'elle peut lui faire courir.

Pour le résoudre, le médecin sera guidé avant tout par trois éléments d'appréciations : la marche de la température, l'état général du malade et la longue persistance de la suppuration.

Si la température reste modérée, ne dépassant pas 38°, et sans grandes oscillations, avec une dyspnée de faible intensité et si l'état général reste satisfaisant, sans perte d'appétit, sans amaigrissement considérable, sans asthénie trop marquée ; si en un mot l'habitus extérieur du malade démontre que l'organisme peut faire les frais de son infection et qu'il ne semble pas devoir fléchir ; si d'autre part on constate que la lésion locale ne progresse pas, que la poche purulente tend au contraire à se combler et que l'expectoration diminue, il semblera indiqué de différer l'intervention et d'espérer la guérison médicale. Mais cette expectation sera attentive, prête à donner l'alarme au moindre signe d'aggravation.

Il est possible, en pareil cas, que tout se passe bien, et l'on est en droit de penser que rien n'autorise, jusqu'à l'apparition de symptômes plus graves, à faire courir au malade les risques, si minimes soient-ils, d'une opération chirurgicale pleuro-pulmonaire.

Il en sera tout autrement si la température, toujours élevée, présente les grandes oscillations, caractéristiques des poussées purulentes répétées, si le malade s'amaigrit rapidement, s'affaiblit de jour en jour, présente de l'anorexie et du dégoût pour les aliments, si la dyspnée persistante et progressive menace d'entraîner une insuffisance d'hématose et de retentir fâcheusement sur un

myocarde peut-être déjà fatigué. Un tel ensemble symptomatique ne permet pas l'expectation ; l'apparition de signes d'hecticité et de déchéance avec tendance à la cachexie seront du plus mauvais augure ; il faudra les prévoir et les prévenir, mais non attendre de les constater ; toute attente est ici dangereuse et chaque instant perdu assombrit considérablement le pronostic ; l'intervention chirurgicale s'impose alors sans retard, elle est la seule chance de salut.

Un troisième symptôme qui militera en faveur de l'invention chirurgicale sera la persistance de la suppuration.

Elle démontre en effet que la collection purulente ne présente aucune tendance à la résorption spontanée et à l'accolement des parois de la poche.

Aussi est-il logique de ne pas laisser un malade indéfiniment porteur d'un foyer suppurant, car nous savons toutes les complications d'ordre septicémique qui peuvent survenir dans de pareils cas.

La ponction évacuatrice doit être pratiquée dans des conditions convenables d'asepsie et avec une aiguille de longueur et de calibre suffisants.

Il pourra se faire que si la collection n'est pas considérable, la ponction suffise à la vider totalement, et que, si le pus ne se reproduit pas, la cicatrisation définitive s'opère, comme dans les cas de guérison spontanée, par le mécanisme que le professeur Dieulafoy a exposé dans sa leçon clinique sur la pleurésie interlobaire : la cavité laissée par l'évacuation du pus est en partie comblée par la décompression des lobules pulmonaires voisins. La sclérose fait le reste.

Si le pus se reproduit après la ponction, l'ouverture large du foyer sera nécessaire et elle aura pour

guides les renseignements fournis par la radioscopie sur l'état des organes.

Enfin, dans la très grande majorité des cas, on aura recours à la *pleurotomie*.

La pleurotomie est loin d'être toujours suffisante et il vaut mieux la faire suivre d'une résection costale. La rétraction des parois ou le peu d'étendue de l'espace intercostal constituent des indications formelles de résection d'une partie d'une ou des deux côtes qui le limitent. Il serait en effet alors difficile d'introduire un drain permettant le drainage suffisant de la plèvre.

Certains chirurgiens regardent à l'heure actuelle comme une nécessité absolue de réséquer dans tout épanchement purulent un ou plusieurs fragments de côtes.

Parce que consécutivement aux lavages du foyer pleural on a parfois observé différents accidents (hémiplégie, convulsions), le plus grand nombre des chirurgiens ne sont pas partisans de ces lavages ; ceux qui les pratiquent usent à cet effet de solutions diverses.

Wagner emploie une solution phéniquée à 2 p. 100.

Fraentzel, le permanganate à 1 p. 500.

Vignalou se sert du naphtol.

Courtois-Suffit, de bichlorure de mercure ; il fait immédiatement après un lavage soigné à l'eau bouillie.

Terrier emploie l'eau bouillie tout au plus salée stérilisée. A l'heure actuelle, la plupart des chirurgiens ont renoncé aux lavages immédiatement après l'opération. Cependant, dans les cas d'empyème gangréneux ou putride, il est prudent de faire une large irrigation de la plèvre avec un liquide très antiseptique suivi d'un lavage à l'eau bouillie.

Enfin, lorsque la pleurotomie laisse après elle une fistule persistante, que le poumon réduit de volume et

recouvert de fausses membranes ne peut venir remplir la cavité pleurale, il faut recourir à des interventions plus compliquées, qui ont pour but de réduire la capacité de la cavité thoracique du côté malade et de permettre le contact de la plèvre pariétale et de la plèvre viscérale. La résection partielle de plusieurs côtes, pratiquée par Gayet et Letiévant, érigée en méthode opératoire par Estlander, permet d'arriver à ce but.

Dans quelques cas, on a proposé de mobiliser par la section costale une portion plus étendue du thorax, de façon à former un volet osseux qui peut être rapproché du poumon. On a tenté aussi l'ablation du sternum pour réduire proportionnellement la cavité thoracique.

Telles sont les grandes lignes du traitement chirurgical.

Mais la grosse difficulté à laquelle se heurte le plus souvent le médecin, c'est le refus formel du malade, quand on lui parle d'une opération, même en la lui offrant comme la seule chance de salut.

Dans des cas semblables le traitement médical est alors seul possibte. Quels seront les éléments de ce traitement ?

M. Mongour a rapporté l'observation de pleurésies purulentes à streptocoques et à staphylocoques associés, compliquées de fistules pleuro-bronchiques et rapidement guéries à la suite d'injection de sérum antistreptococcique de Marmorek à la dose de 50 à 100 cc. en plusieurs semaines et il recommande cette médication.

Mais la sérothérapie antistreptococcique ne saurait constituer à elle seule le traitement : elle n'a pas encore fait ses preuves et l'expérimentation ne nous a pas encore nettement appris le fonds que l'on peut faire sur elle.

Dans l'état de notre malade, il faut voir deux choses : d'une part une lésion locale, le foyer purulent pleural, et

d'autre part le retentissement de l'infection sur l'état plus ou moins avancé dont elle est la cause, et qui fait du malade un candidat de choix pour la tuberculose.

Il faut agir en même temps sur l'un et sur l'autre élément. Pour relever l'état de dépression de l'organisme, on prescrira le repos, le grand air si la saison le permet afin de soumettre le malade à l'action des deux agents antimicrobiens par excellence, l'oxygène et la lumière.

Si les forces du malade le lui permettent, le séjour dans le Midi, ou à la campagne, dans un endroit ensoleillé, non humide, et à l'abri des vents lui sera salutaire.

La suralimentation modérée avec des repas peu copieux, mais fréquents, l'usage de la viande crue, des œufs durs, des viandes fumées, des lécithines seront indiquées comme s'il s'agissait d'un tuberculeux.

Si la viande crue est mal supportée les préparations à base d'extrait de viande obtenu à froid, l'huile de foie de morue, les divers analeptiques seront appelés à la remplacer.

La médication minéralisatrice, sous la forme de composés calciques, de phosphates et de glycéro-phosphates donne aussi d'excellents résultats.

Les piqûres de cacodylate de soude ou d'arrhénal à la dose de 5 centigrammes faites par séries de 10 à 12 piqûres, avec un intervalle d'une semaine entre 2 séries, constituent un excellent mode de traitement arsenical.

Contre la lésion même, à défaut d'aérothérapie naturelle, pendant la mauvaise saison, les inhalations d'air ozonisé produisent une action antiseptique appréciable sur les voies respiratoires.

Dans le même sens, mais avec une efficacité moindre peut-être, pourront agir les inhalations antiseptiques à base de gaïacol, d'eucalyptol, de baume du Pérou, etc.

Enfin ces antiseptiques pourront être administrés par la voie buccale ou rectale, sous forme de capsules, pilules, cachets, lavements, suppositoires, etc.

Le médecin jugera lui-même, à tous moments, de l'opportunité de leur emploi et des doses.

Nous croyons utile de répéter ici combien il est important pour le malade d'éviter tout contact bacillaire. Ce serait une grosse faute, s'il devait aller à l'hôpital, de le faire entrer dans une salle de tuberculeux : fatalement il y deviendrait lui-même bacillaire à brève échéance. Loin d'être un incurable, il doit guérir s'il est dans des conditions hygiéniques satisfaisantes et s'il est bien soigné.

Il est de la plus haute importance de surveiller l'état moral du malade. Il faut qu'il sache qu'il n'y a rien de commun entre lui et un bacillaire.

CONCLUSIONS

I. — Dans le cadre des fausses tuberculoses pulmonaires, on distingue certaines pleurésies purulentes interlobaires ou enkystées qui, se vidant dans les bronches par vomiques fractionnées et nummulaires, s'accompagnant d'un ensemble clinique subaigu et plus ou moins traînant, rappellent absolument la tuberculose pulmonaire : la toux, l'expectoration, un état subfébrile, de l'amaigrissement, des doigts hypocratiques, même des hémoptysies, tels sont leurs symptômes.

II. — La confusion avec la tuberculose pulmonaire sera évitée par la constatation du non-parallélisme entre les signes fonctionnels et généraux et les signes physiques de percussion et d'auscultation, par celle de l'absence du bacille de Koch dans les crachats, et par l'examen radioscopique.

III. — Leur pronostic est beaucoup plus favorable que celui de la tuberculose pulmonaire à sa période

cavitaire; cependant certaines, les gangréneuses en particulier, ont aussi un pronostic très sombre.

IV. — Le traitement de choix est le traitement chirurgical : la pleurotomie simple, et, ce qui vaut mieux, la pleurotomie avec résections costales.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 juillet 1914.
Pour le Recteur,
Le Doyen délégué,
BRÉMOND.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 23 juillet 1914.
Pour le Doyen,
L'assesseur délégué,
SARDA.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bulletin médical du 18 mars 1910 : Article de MM. Edg. Hirtz et Beaufumé sur les « vomiques nummulaires ».

Bulletin de la Société des hôpitaux de Paris, 11 janvier 1899 : Article de Troisier sur les pleurésies métapneumoniques ou pneumopleurésies de Woillez.

Charcot, Bouchard et Brissaud. — Traité de médecine.

Damaschino. — Des pleurésies purulentes (Thèse d'Agrégation, Paris, 1869).

Debove et Achard. — Manuel de médecine.

Defouloy. — Les vomiques nummulaires (Thèse de Paris, 1910).

Dieulafoy. — Leçon sur la pleurésie interlobaire (Semaine médicale du 8 nov. 1899).

Gaussel. — La tuberculose pulmonaire.

Gazette des Hôpitaux, 7 mars 1903 : Article d'Inghelrans sur les vomiques.

Jægher. — Rayons X et pleurésie purulente (Thèse de Paris).

Landouzy et Labbé. — Traitement chirurgical de la pleurésie purulente.

Le Dentu et Delbet. — Nouveau traité de chirurgie.

Martinelli. — La vomique dans la pleurésie purulente (Thèse de Paris).

Mongour, Verdelet, Hessler. — Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 1901.

Vignes. — La pleurésie interlobaire aiguë (Thèse de Paris).

Woilez — Traité des maladies aiguës des voies respiratoires.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!